

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

No

339

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 Juillet, à 1 heure

Par STÉPHANE MERLIN,

Né à Gigny (Saône-et-Loire), le 18 juin 1867,
Ancien externe des hôpitaux.

DU PSEUDO-MAL DE POTT
HYSTÉRIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, Professeur.

Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
 { HANOT et RAYMOND, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PINARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STBAUSS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RICHEL.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	REYNIER.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomi-	RIBEMONT-DESS.
BOUILLY.	HUTINEL.	ques.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	JALAGUIER.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JOFFROY.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	RECLUS.	
DEJERINE.	PEYROT.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND,

Professeur agrégé de la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE,

Médecin de la Charité,

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'hystérie est loin de se présenter toujours aux yeux de l'observateur sous sa forme type. Les accès convulsifs, toniques et cloniques, la boule hystérique, en somme tous les phénomènes constituant la crise hystérique classique, tout cela peut manquer, et la grande néorose affecte alors les formes les plus nombreuses et les plus variées.

De toutes ces formes, il en est une dont le diagnostic offre, au début surtout, de grandes difficultés, parce que, dans la plupart des cas, rien dans les antécédents du sujet, rien dans l'appareil symptomatique ne vient mettre l'observateur sur la voie. Il s'agit du mal vertébral hystérique, forme clinique mal connue encore, et dont nous avons eu l'occasion de voir, l'année dernière, dans le service de M. Raymond, un cas remarquable, auquel M. le professeur Charcot a consacré depuis une de ses magistrales leçons du mardi à la Salpêtrière.

C'est à M. Raymond que nous devons l'idée de ce travail. Qu'il nous soit permis de remercier ici notre excellent maître, qui pendant toute la durée de nos

études médicales et dans toutes les circonstances de la vie n'a cessé de nous prodiguer ses bons conseils, et de nous témoigner une bienveillance exceptionnelle.

Nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Peter, Hallopeau, Peyrot, Maygrier.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

C'est Hoffman (1), qui le premier, en 1783, a signalé sans y attacher d'importance la rachialgie hystérique.

Vers la fin du siècle dernier, Sydenhau (2) la décrit et insiste sur l'hypéresthésie cutanée liée à cette douleur.

A Brodie (3) revient l'honneur d'avoir insisté sur la fréquence de la douleur rachidienne dans l'hystérie, et d'avoir montré combien dans certains cas il était difficile de la distinguer de celle du mal de Pott. Il avait devant les yeux l'exemple d'Herbert Mayo, amputant de la cuisse deux malades atteints de gonalgie hystérique et d'autres erreurs presque aussi déplorables, que l'hystérie méconnue avait fait commettre. Il

(1) *De morbi hyst. vera indole, origine, et cura Halle, 1783.*

(2) *Médecine pratique, 1799, t. II.*

(3) *Lectures illust. of cutan. local affections*, traduit. de la *Gazette médicale de Paris, 1837.* — *Pathological and surgical Observ. on Diseases of the Joints, London, 1818, etc.*

s'apitoie sur le triste sort de ces malades couverts de sétons, de cautères, de moxas, et souvent condamnés à garder la position horizontale pendant des années entières, alors que le grand air, le séjour à la campagne, les distractions eussent pu les guérir en quelques jours.

Gully (1), Skey, Paget signalent aussi les douleurs rachidiennes chez les hystériques.

Andral en 1842, indique un des caractères de la douleur, l'exaspération à la pression au niveau des apophyses épineuses des vertèbres.

Dans la thèse de Henrot (2), inspirée par Gendrin ; dans le *Traité de l'hystérie* de Briquet et les thèses de ses élèves Besançon (3) et Mesnet (4) on trouve un tableau clinique assez nettement tracé de la rachialgie hystérique.

Beaujolin (5) en 1873, publie le premier travail réellement complet sur la question.

Dans un mémoire excellent sur la question, M. Audry (6) de Lyon apporte deux observations de rachialgie hystérique prises pour des maux de Pott, et donne à l'affection le nom de pseudo-mal de Pott hystérique.

(1) J.-M. Gully, *Expos. of the symptoms and nature of neuropathy and nervousness*, Londres, 1837.

(2) Thèse de Paris, 1847.

(3) Thèse de Paris, 1849.

(4) Thèse de Paris, 1852.

(5) Beaujolin, *De la rachialgie hystérique*, Thèse de Paris, 1873.

(6) *Du pseudo-mal de Pott hystérique*, Lyon médical, 23 octobre 1887.

Tout récemment, M. Charcot (1) faisait, nous l'avons déjà dit, une leçon fort intéressante sur le même sujet précisément à propos du malade dont nous publions l'observation dans le présent travail.

(1) Leçons du mardi à la Salpêtrière recueillies par MM. Blin, Charcot et Henry Collin, années 1888-89, 9^e leçon.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554031_0021

ÉTIOLOGIE

Que dire de la pathogénie de cette affection ? L'étiologie en est celle de l'hystérie, dont les causes sont si nombreuses. La vie agitée que presque tous nous menons dans le siècle actuel, est fertile en incidents qui prédisposent aux affections du système nerveux en général, et plus particulièrement à l'hystérie. Et je ne saurais mieux faire ici, pour en donner un exemple, que de laisser la parole à M. le professeur Charcot, à propos du malade qui fait le sujet de l'observation I.

« Bonneuil, où est né notre malade, est un bourg situé non loin de Saint-Maur, sur les bords de la Marne, ce n'est pas tout à fait la ville, sans doute, mais ce n'est plus la campagne, car, dans le lointain, on y entend en prêtant bien l'oreille, le bourdonnement de la capitale ; d'ailleurs les relations entre les Parisiens et les habitants de Bonneuil sont chose fréquente, surtout le dimanche, où elles s'opèrent sur une grande échelle par la voie nautique.

Ces préliminaires, qui paraissent au premier abord,

(1) Charcot, Leçon citée.

étrangers à la cause, sont destinés cependant à en faire apprécier comme il convient, certains détails relatifs au côté intellectuel et moral de notre homme. Nous ne voulons pas le donner comme un citoyen accompli, ce serait forcer la note ; mais ce n'est pas non plus un paysan vulgaire. En somme, il a bien profité de sa fréquentation de l'école, car il écrit fort correctement et il aime la lecture, il a vraiment d'assez bonnes façons et ses goûts sont plutôt relevés. Il est grand, assez bien taillé, d'une figure agréable, mais pâle et d'apparence délicate, un peu féminine. »

Voici pour le milieu dans lequel a vécu notre homme ; il est évident que comme le fait remarquer le professeur Charcot, ce n'est pas un paysan, bien qu'il travaille la terre. Il vaudrait mieux peut-être pour lui qu'il fût franchement parisien, car ce mélange d'air pur des champs et d'odeurs de guinguette le dimanche, cette instruction peut-être trop élevée pour le métier qu'il fait, tout cela a agi d'une façon désastreuse sur son système nerveux, et la moindre occasion va déterminer dans ce terrain si bien préparé, l'apparition des symptômes de l'hystérie.

L'occasion, ici, ce seront des chagrins d'amour qui la feront naître. Écoutons le professeur Charcot :

« C'est dans une idylle, qui plus tard devait tourner presque au mélodrame, que se sont produites les émotions morales, causes vraisemblables du développement des accidents nerveux. Il y a deux ans, en septembre 1886, lors du débordement de la Marne, il fut assez heureux pour sauver une jeune fille dont la

vie était mise en danger par l'inondation. Une liaison s'en suivit, toute platonique, assure-t-il « c'était pour le bon motif ». On se rencontrait dans les blés, dans les endroits peu fréquentés des bords de la Marne, sous les saules ; les choses allaient pour le mieux, lorsque survint la maladie qui le retint au lit pendant près de six mois.

« Les relations se renouèrent après la convalescence plus étroitement encore que jamais, et vers le commencement d'août 1887, M....., rassemblant tout son courage, se décida à aller faire sa demande en mariage. Hélas ! il n'avait pas un sou vaillant, et la famille de la jeune fille avait quelque argent. Le refus fut formel, absolu, brutal, ne laissant dans le cœur du jeune garçon que le désespoir.

« Immédiatement après il tomba dans une prostration profonde..... etc. »

Et quelque temps après le malheureux garçon était pris de ces douleurs lombaires, dont il souffre encore aujourd'hui.

Quant à la pathogénie de cette douleur rachidienne, jusqu'à ce jour la physiologie et l'anatomie pathologique n'ont donné, à ce point de vue, que des résultats négatifs. Toutes les théories, édifiées, chacune à grand renfort d'arguments plus ou moins ingénieux, ne sont que des vues de l'esprit, ne reposant sur aucune base solide. Pas plus la théorie de Briquet qui localise cette douleur dans la fibre musculaire, et en fait une myosalgie, que celle d'Axenfeld, rapportant ces dou-

leurs à la moelle et à ses annexes ne peuvent nous satisfaire. Jaccoud voit là des modifications qualitatives et quantitatives de l'excitabilité des nerfs centripètes et de leurs récepteurs.

Nous sommes obligés de reconnaître que dans l'état actuel de nos connaissances, la lumière ne peut être faite encore sur ces phénomènes, échappant au point de vue de leur origine et de leur nature à toutes nos investigations.

SYMPTOMATOLOGIE

Parmi les symptômes de l'affection qui nous occupe, il en est deux principaux qui dominent toute la scène : ce sont la douleur et les troubles de la sensibilité.

La douleur du pseudo-mal de Pott hystérique débute ordinairement brusquement, sans qu'aucun signe précurseur de son apparition puisse être constaté, dans la plupart des cas du moins.

Elle peut siéger soit sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, soit, ce qui est plus fréquent, sur une partie seulement. Cette douleur s'irradie le plus souvent de chaque côté du tronc, le long des fausses côtes, peut même s'étendre jusqu'aux fosses iliaques comme chez notre malade de l'observation I.

Le début dans un des cas (Observation II) a été causé par des mouvements d'élévation des bras au-dessus de la tête. Ce mouvement est d'ailleurs, il faut le remarquer, toujours très douloureux, et la malade de l'observation VI en était arrivée à ne plus pouvoir se peigner, par suite des douleurs qu'occasionnait ce mouvement d'élévation des bras.

Ces douleurs ont ceci de particulier qu'elles sont fugaces, paroxystiques, à marche vacillante. Elles dispa-

raîtront pendant quelques instants, et même quelques jours, pour revenir ensuite aussi aiguës, torturer le malade.

Elles sont extrêmement vives, puisque les malades les comparent à celles que pourraient produire le fer rouge ou un vésicatoire à vif. Cependant, dans certain cas, de lancinantes et de paroxystiques qu'elles étaient, elles sont devenues sourdes et continues (Observ. II).

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est leur exaspération par les mouvements si peu étendus qu'il soient, et par la pression si faible qu'on l'exerce.

Le malade que nous avons vu à Saint-Antoine ne pouvait s'asseoir complètement. Il était obligé de s'aider en tirant fortement sur la corde de son lit, et c'est tout au plus, si, au prix d'efforts inouïs, il arrivait à fléchir le tronc tout d'une pièce selon un angle de 45° environ. Chez tous nos malades, d'ailleurs, on peut voir que le moindre mouvement occasionne des douleurs intolérables, plus encore que la pression au niveau de la zone douloureuse.

La pression en effet, même la plus légère, de simples attouchements, les moindres frôlements d'un pinceau viennent, eux aussi, exaspérer cette douleur. Elle est si vive que si l'on insiste, on arrache des cris au patient.

Mais cette pression a un autre effet, constituant une révélation fort importante au point de vue du diagnostic. Il est fréquent qu'outre la sensation douloureuse éprouvée par le malade, sensation comparée

à une brûlure, le malade éprouve en même temps un sentiment de quelque chose qui lui monte du bas-ventre à l'épigastre, au cœur, à la gorge (sensation d'étouffement) et enfin à la tête, où les tempes battent, tandis que les oreilles sifflent. Cette pression a donc pour effet de réveiller l'aura hystésique, et on arrive presque à obtenir une ébauche de la crise hystérique. On voit quelle importance ce fait symptomatique présente au point de vue du diagnostic.

Quant aux troubles de sensibilité, nous ne les avons jamais vus manquer, et dans toutes les observations que nous citons ils constituent la partie dominante du tableau clinique.

Prenons comme type pour l'étude de ces troubles le malade de l'observation I. Chez lui la zone d'hypéresthésie forme comme une large ceinture, s'étendant, en arrière, au niveau de la colonne vertébrale, sur quelques vertèbres dorsales inférieures, et sur toute la hauteur des colonnes lombaires et sacrées. C'est là où la sensibilité à la pression est la plus vive. A droite et à gauche, la ceinture s'étend sur les régions lombaires, en contournant les hanches, et va gagner les hypochondres, les régions inguinales pour aller atteindre le scrotum et la verge, sans que les régions ombilicale et hypogastrique y participent. C'est cette zone d'hypérésthésie qui, par suite de la douleur provoquée par les mouvements de flexion et d'extension du tronc, fait que le malade est si raide dans ses mouvements ; c'est aussi la même cause qui occasionne la démarche traînante qu'on remarque chez cet homme.

Il y a encore d'autres plaques hystérogènes d'hypéresthésie : une au niveau du crâne poplite droit, l'autre au sommet de la tête.

Hypéresthésie au froid et à la piqure sur toute la surface du corps, plus spécialement à droite.

Ces douleurs spontanées siégeant au niveau de ces plaques d'hypéresthésie, et exaspérées par la pression, sont plus vives le soir, à l'heure où le malade a coutume d'avoir ses crises.

Le réflexe pharyngien est affaibli, à gauche surtout, le goût est raisonné : obnubilation de l'ouïe et de l'odorat ; tout cela plus accusé à gauche qu'à droite.

Chez notre malade VI, au lieu d'hypéresthésie, c'est l'anesthésie que l'on trouve ; anesthésie cutanée, complète, absolue, siégeant au niveau des membres inférieurs, l'anesthésie « en gigot » de Charcot, s'arrêtant nettement à la limite du membre (plis de l'aîne et fessier). Selon Charcot cette anesthésie constituerait un des caractères cliniques les plus remarquables de l'hystérie.

La même anesthésie « en gigot » existe dans les membres supérieurs.

Quant à la sensibilité profonde, elle est modifiée au plus haut degré : la malade est tellement insensible qu'on peut lui tordre les jointures sans qu'elle s'en aperçoive.

Un autre symptôme de l'hystérie, chez ces deux malades, est le rétrécissement du champ visuel, double chez l'un, d'un seul côté chez l'autre.

Il résulte des recherches de M. Charcot, recherches

ayant porté sur plusieurs milliers de malades, que ce symptôme manque très rarement dans l'hystérie, dont il constitue un des stigmates les plus constants.

Les troubles de l'urination ont été observés plusieurs fois.

Enfin, tous les symptômes de l'hystérie peuvent être constatés, au cours de l'affection. Nous avons vu chez notre premier malade les attaques revenant périodiquement, attaques présentant tous les caractères de l'hystéro-épilepsie. Il est clair que la présence de tels symptômes constitue un auxiliaire précieux pour le diagnostic et qu'on ne saurait les rechercher avec trop de soin.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la rachialgie hystérique d'avec le mal de Pott est la plupart du temps une chose sinon très difficile, du moins assez délicate, puisque depuis plus d'un siècle et bien que l'attention des médecins ait été attirée plusieurs fois sur ces faits, on voit, encore aujourd'hui, l'erreur se renouveler à chaque instant.

Sur quoi se basera-t-on pour faire ce diagnostic ?

Ce diagnostic réside tout entier dans la symptomatologie de l'affection, c'est par l'étude détaillée des symptômes que l'on y arrivera. Nous allons prendre un à un chaque élément symptomatique en montrant la valeur de chacun, au point de vue de la diagnose.

La déformation, bien constatée, n'ayant pas l'apparence d'une vulgaire lésion rachitique, peut permettre à elle seule d'affirmer un mal de Pott. Cependant on a vu (Cloquet, Bouvier, Broca), la gibbosité manquer 33 fois sur 100. Et puis la gibbosité peut, et c'est souvent le cas, ne pas apparaître au début, et ne se manifester que lorsque la maladie est installée depuis longtemps. Par conséquent, si la présence de la déformation est un excellent signe en faveur du mal

de Pott, il ne faudrait pas rejeter l'idée d'une telle affection, si cette déformation manque.

Quant au signe douleur, dominant le tableau dans les deux maladies, peut-il nous donner des indications utiles au point de vue du diagnostic.

La douleur du mal de Pott est fixe, limitée à la portion vertébrale malade, et quoique dans certains cas cette zone malade puisse atteindre de grandes dimensions, elle ne s'étend ordinairement qu'à cinq ou six vertèbres, surtout au début de l'affection.

Cette douleur est sourde et continue. Elle n'est pas superficielle comme dans l'affection hystérique ; son siège n'est ni dans l'épiderme ni dans le derme, il est profond. Plus la pression, soit sur les apophyses épineuses, soit sur les transverses, est forte, et plus la douleur est vive.

La douleur hystérique au contraire, est un phénomène mobile, fugace, à début brusque. La pression, qui, si elle est légère, passe inaperçue dans le mal de Pott, provoque ici des douleurs intolérables, même si on ne va pas plus loin que le frôlement, et nous avons vu un malade chez lequel un pinceau passé légèrement sur la partie douloureuse provoquait d'affreuses souffrances.

Le signe de Wenke vient aussi nous aider pour le diagnostic, On sait que si on exerce une pression vive sur la tête et sur les épaules d'un malade atteint de mal de Pott, il éprouve au niveau de la vertèbre tuberculeuse des douleurs qui manquent absolument chez l'hystérique.

La douleur provoquée par les mouvements, dans le mal de Pott, est plus intense que celle due à la pression. C'est le contraire qui se passe chez l'hystérique, la douleur à la pression est plus vive que celle produite par les mouvements de latéralité du tronc.

L'examen de la souplesse du rachis (Lannelongue) (1), de la mobilité des vertèbres peut-il donner des indications de premier ordre.

On sait qu'à l'état normal, quand le tronc s'infléchit en avant et se redresse, au moment où l'opposition de ces mouvements est maxima, les courbures normales du rachis se modifient: les concavités s'effacent, se transforment même en courbures inverses, et si, pendant que le malade fait ces mouvements, on explore les apophyses épineuses, on sent un certain degré de mobilité entre les vertèbres d'une région et le malade n'est aucunement gêné.

Or dans les deux cas, mal de Pott comme pseudo-mal de Pott, le tronc se déplace tout d'une pièce, les mouvements manquent de souplesse. Il semble que les apophyses épineuses soient fixées l'une à l'autre; les mouvements sont d'ailleurs très limités en raison de la douleur intense qu'ils déterminent lorsqu'ils sont poussés un peu loin.

L'examen de la souplesse du rachis ne peut donc nous fournir au point de vue du diagnostic différentiel entre les deux affections, aucun renseignement utile.

Les troubles nerveux à distance pourront-ils nous

(1) Lannelongue, *Tuberculose vertébrale*.

donner les indications que l'examen de la souplesse rachidienne nous refuse.

Le malade relevant sa tête avec sa main, voici pour les Allemands, un signe excellent du mal de Pott, le mouvement semble indiquer une certaine parésie des muscles antérieurs du cou.

Quant aux paralysies, elles ne sont pas rares chez les hystériques. Mais l'évolution des paralysies du mal de Pott diffère de celle des paralysies hystériques.

La paraplégie du mal de Pott s'installe lentement, graduellement, la paraplégie hystérique débute brusquement. Cependant il n'y a rien là d'absolu et dans certains cas la paralysie hystérique s'installera lentement, sournoisement, alors que la paraplégie du mal de Pott débutera brusquement à la suite d'une luxation vertébrale. Et au point de vue de la curabilité de ces paralysies, des paralysies hystériques ont persisté des années alors que les paraplégies par maux de Pott guérissaient rapidement, comme chez notre malade de l'observation VI.

Quant aux contractures, elles ne sont guère plus caractéristiques. On sait avec quelle fréquence elles se manifestent dans l'hystérie. Le malade de l'observation II présentait des contractures des muscles vertébraux, dont un léger degré de parésie des membres inférieurs achevait d'obscurcir la signification.

En revanche, l'exagération des réflexes qui se rencontre dans le mal de Pott est un signe excellent.

Mais c'est l'état de la sensibilité qui devra fournir

l'élément le plus précieux du diagnostic. L'hyperesthésie cutanée peut exister, cela est certain, dans le mal de Pott, mais cela est rare ; tandis que chez tous nos malades ce symptôme est poussé au plus haut degré et ne manque jamais. Quant à l'anesthésie, si fréquente également dans l'hystérie, on ne la trouve jamais dans le mal de Pott. On est donc en droit de dire que, dans le mal de Pott, ce sont les troubles moteurs qui dominent, dans l'hystérie, ce sont les troubles de la sensibilité.

Donc un examen attentif des troubles de la sensibilité sera du plus grand secours pour le praticien hésitant dans son diagnostic.

Quant au seul véritable symptôme caractéristique du mal de Pott, l'existence d'un abcès froid, constaté par une ponction, nous paraît un argument difficile à combattre.

Quant à l'état moral des malades, il viendra fournir à l'observation de précieuses indications. Chez les sujets atteints d'hystérie, l'état psychique est profondément modifié. On devra rechercher aussi, chez les femmes, si les symptômes du mal ne sont pas liés à l'état de la menstruation dont on ne saurait contester l'influence considérable sur l'évolution des accidents hystériques.

PRONOSTIC

Le pronostic du pseudo-mal de Pott hystérique n'est pas grave, en ce sens, que pas plus que les autres états morbides qui reconnaissent l'hystérie pour cause, il ne compromet la vie des malades qui en sont atteints. La guérison est la règle, mais dans tous les cas, elle ne survient qu'après de longues souffrances, et les phénomènes douloureux ne cessent souvent qu'après avoir laissé les malades débilités et parfois même cachectisés.

La rachialgie hystérique est, en effet, beaucoup plus tenace que la plupart des autres manifestations de l'hystérie. On se trouve là en face d'un état pathologique pouvant produire des souffrances considérables, et Brodie signalait déjà ces malheureux condamnés pendant des années à garder la position horizontale, quand encore le médecin n'intervenait pas malencontreusement pour leur couvrir le dos de cautères, de moxas et autres révulsifs plus ou moins énergiques. Et de nos jours, n'en est-il pas de même ? La malade de M. Poncet (Obs. III) ne portait-elle pas sur le dos quatre ou cinq mille pointes de feu, traces à jamais ineffaçables de l'erreur du médecin.

On devra donc être très réservé sur l'appréciation de la durée des phénomènes douloureux, ne pas se laisser prendre à ces sortes de rémittences qui pourraient en imposer pour une guérison définitive.

Mais on devra rassurer le malade en lui promettant une guérison certaine au bout d'un temps plus ou moins long, et heureux celui qui, traité pour un mal de Pott incurable, sera reconnu tout simplement hystérique.

TRAITEMENT

L'indication la plus importante à remplir dans le pseudo-mal de Pott hystérique c'est, puisqu'il nous est à peu près impossible d'obtenir une guérison rapide, une disparition complète des douleurs, de calmer ces douleurs ; et on arrivera presque toujours à obtenir ce résultat.

Sydenham tenait, pour ce, l'opium en haute estime. Gendrin en a obtenu d'excellents résultats, Axenfeld également; Gubler conseille d'employer ce médicament à hautes doses (narcotisme) et non à petites doses (car alors on produirait simplement l'excitation).

Les injections de morphine amèneront un soulagement, momentanée, il est vrai, mais cependant fort apprécié par le malade, aux moments où l'acuité de ses souffrances ne lui laisse plus de repos.

Dans les cas où l'opium n'a pas réussi, on aura recours avec avantage au chloral à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Quant aux révulsifs de toute nature, nous n'en parlerons que pour combattre énergiquement leur emploi intempestif. A quoi bon ajouter, sans qu'il y ait aucune

amélioration à en espérer, de nouvelles douleurs aux souffrances déjà atroces qu'a à supporter le malade ?

L'hydrothérapie, dans certains cas, sous forme de bains de vapeur, a paru donner de bons résultats.

Mais ce qui réussira le mieux aux malades, ce sera la vie à la campagne, les promenades, les distractions de toute nature; et les eaux minérales, quand elles apportent quelque amélioration, n'agissent guère que par ce côté. Avec la vie en plein air, on verra les douleurs s'atténuer, l'appétit revenir, et le sommeil au lieu d'être agité comme auparavant par des rêves terrifiants, deviendra calme et réparateur.

Combien alors sera différent le malade ainsi amélioré, et même guéri, du malheureux à propos duquel, quelques mois auparavant, on avait porté le diagnostic de mal de Pott.

CONCLUSIONS

Souvent l'hystérie se manifeste presque uniquement par des douleurs rachidiennes, qui, par leur siège et leur caractère, peuvent en imposer pour un véritable mal de Pott.

C'est Brodie surtout qui a appelé l'attention sur cette forme spéciale de l'hystérie. Malgré cela, les observations n'en sont pas nombreuses, et cela tient à ce que beaucoup de cas ont été méconnus, pris pour des maux de Pott et traités comme tels.

Le diagnostic, quand l'hystérie ne se manifeste pas par d'autres symptômes, est d'une grande difficulté, et seule l'étude attentive des troubles de la sensibilité pourra mettre le médecin sur la voie.

Le pronostic de cette affection est bénin en ce sens qu'elle ne compromet pas la vie du sujet qui en est atteint. Le séjour à la campagne, les distractions, les calorants (opium chloral), en un mot la médication habituelle de l'hystérie, constitueront la base du traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Charcot (Leçons du mardi à la Salpêtrière 18 décembre 1888)

Le nommé M..., 24 ans, entre le 19 septembre 1888, salle Majendré, dans le service de M. Raymond, alors absent, à l'hôpital Saint-Antoine.

Passé en novembre 1888 à la Salpêtrière, service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Père atteint d'une tumeur blanche au pied pour lequel il a subi l'amputation de la jambe. Mère vivante, un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A toujours été un peu faible; il y a trois ans, pleurésie double ayant duré six mois.

Porte dans l'épididyme du testicule droit une induration qui semble tuberculeuse. L'examen des voies respiratoires donne des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

Le malade est dans un état d'anémie très prononcé.

A son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants :

Le malade marche en s'aidant d'une béquille, qu'il porte du côté droit. Le tronc est tenu raide dans la verticale, la région lombaire présentant une cambrure assez forte, les jambes trainantes, surtout la droite. Ce sont les douleurs dont il souffre et qu'il localise dans l'épine, à la partie infé-

rière de la région dorsale et dans la région lombaire, qui commandent cette attitude.

Ces douleurs sont très vives : elles se font sentir spontanément, et le malade les compare à la sensation que produirait une brûlure ou un vésicatoire à vif. Elles sont exaspérées soit par la pression, soit par les moindres mouvements du tronc, et dans ces cas là sont plus fortes encore ; elles rayonnent des deux côtés du tronc, le long des fausses côtes, et s'étendent en avant jusque dans les fosses iliaques, surtout dans la droite. Lorsque le malade est au lit, il lui est impossible de s'asseoir complètement. Tout ce à quoi il peut arriver, c'est, en s'aidant de la corde du lit, de soulever ses épaules, le tronc tient tout d'une pièce, mais ne s'élevant pas au delà de 45 degrés.

Partout où s'étend la douleur spontanée, chez le malade, siège une hyperesthésie poussée au plus haut degré. Il n'est pas nécessaire d'exercer une pression forte sur les apophyses épineuses, sur les apophyses transverses, sur les gouttières vertébrales, pour provoquer une douleur très vive. Au contraire une pression légère, une simple frôlement suffisent pour arracher des cris au malade.

Cette hyperesthésie, bien qu'occupant sans doute les parties profondes, a plutôt son siège dans le tégument externe. Si on fait un pli à la peau, et que l'on comprime ce pli entre les deux doigts, cela suffit pour produire la douleur.

En outre la pression sur ce repli cutané, ou même le frôlement superficiel donnent lieu à une sensation non seulement de douleur locale, mais à un sentiment de quelque chose qui monte du bas ventre à l'épigastre, au cœur (palpitations), à la gorge (étouffements), et à la tête (battements dans les tempes), en somme absolument la sensation de l'aura hystérique.

La région hyperesthésiée s'étend, en arrière, sur quelques vertèbres dorsales inférieures, et sur toute la hauteur des régions lombaires et sacrées, de chaque côté à droite et à

gauche, sur les lombes, contourne les hanches, envahit en avant les hypochondres et les régions inguinales, le saolicus, la verge. Les régions ombilicales et hypogastrique sont intactes.

C'est à cette ceinture douloureuse que l'on doit attribuer la rigidité dans les mouvements du tronc, et la gêne marquée qu'éprouve le malade à marcher. Ce n'est pas la paraplégie, qui donne lieu à cette démarche trainante, puisque la résistance des divers segments du membre aux mouvements qu'on veut lui imprimer est énergique.

Ces douleurs rachialgiques donnèrent lieu, au début, à une erreur de diagnostic et le malade fut considéré pendant quelque temps comme atteint de mal de Pott.

Mais bientôt survirent des attaques qui firent qu'on revint sur le diagnostic porté plus haut.

Ces attaques se sont montrées, pendant un mois environ, tous les soirs, entre six et sept heures, généralement après le repas.

Elles présentent les caractères suivants :

Au début, aura prémonitoire. Le malade éprouve une sensation particulière qui part du scrotum, remonte à l'épigastre, à la gorge (sentiment de constriction), puis surviennent des palpitations, des battements dans les tempes, et enfin la perte de connaissance au moment où commencent les convulsions.

Ces convulsions sont très violentes. Le lit a été mis plusieurs fois en pièces. Il faut chaque fois plusieurs personnes pour soutenir le malade qui pousse des cris affreux.

Hyperesthésie au fond et à la piqure, sur toute la surface du corps, principalement à droite.

Les douleurs spontanées siégeant au niveau des parties hyperesthésiques s'accroissent tous les soirs, vers l'heure de l'attaque.

Le réflexe pharyngien est affaibli à gauche ; le goût très

émoussé, surtout à gauche; obnubilation de l'ouïe et de l'odorat, également à gauche.

Il y a un double rétrécissement du champ visuel extrêmement prononcé, et aussi manifeste à droite qu'à gauche.

Pendant le séjour à la Salpêtrière, les attaques cessent. Une certaine tendance à l'amélioration se manifeste. Le malade marche mieux, le sommeil n'est plus agité, comme jadis par des rêves terrifiants. Enfin le malade quitte l'hôpital en février considérablement amélioré.

OBSERVATION II.

(Audry, *Lyon médical*, 23 octobre 1887.)

M^{lle} X..., âgée actuellement de 36 ans, n'offre pas d'antécédents remarquables. Coqueluche pendant l'enfance, à dix ans, scarlatine grave avec anasarque; céphalées pendant l'adolescence; à seize ans, ophtalmie de nature inconnue.

En 1876, la malade, âgée de 25 ans, ayant fait un faux mouvement en levant les bras pour saisir un objet, ressentit aussitôt une violente douleur dans la colonne vertébrale. Cette douleur aurait persisté pendant quelques jours, puis disparu momentanément. Elle revint bientôt, et après quelques alternatives, finit par s'installer d'une façon à peu près persistante, pendant qu'un point douloureux se manifestait secondairement du côté de l'épaule gauche.

A la même époque, apparaissait une rétraction des muscles de la nuque qui empêchait la malade de pencher la tête en avant et coïncidait avec la localisation cervicale de la douleur rachidienne; cette rétraction dura de juillet 1876 à octobre 1877. Vers la fin de juin 1877, l'état général jusqu'alors intact ayant paru s'altérer notablement, on porta le diagnostic de mal de Pott, et on localisa la lésion à « une vertèbre

engorgée entre les deux épaules » qui correspondait au point maximum d'hyperesthésie.

Enfin, en août 1877, douleurs dans les reins et les hanches, contractures des muscles des gouttières vertébrales; puis, pendant quelque temps, la malade perdit complètement l'usage de ses quatre membres.

Les accidents s'atténuèrent un peu; mais la douleur rachidienne persista, rendue intolérable par des crises d'éternuements continus. Une nouvelle et courte poussée paralytique la laissa presque incapable de se baisser et de se relever.

A deux reprises, on avait pratiqué des cautérisations (potasse) à la suite desquelles les contractures de la nuque diminuèrent. Létievant, qui avait vu la malade, lui avait prescrit un corset de fer.

Une saison à Aix, en 1878, améliora notablement la malade; mais quelques mois plus tard les douleurs vertébrales, autrefois irrégulières, lancinantes, paroxystiques, devinrent sourdes, continues.

En 1879, la malade éprouva passagèrement des troubles de l'urination.

De 1880 à 1883, elle ne sortit guère de son lit, puis elle commença à se lever, et le grand air, les toniques, de l'exercice et des bains achevèrent de guérir la malade qui se trouve actuellement dans un parfait état, ne souffre plus et ne présente aucune espèce de lésion rachidienne appréciable.

OBSERVATION III.

(Audry, *Lyon médical*, 23 octobre 1887.)

M^{lle} X..., 25 ans, n'offre pas d'antécédents héréditaires. Scarlatine, rougeole pendant l'enfance. Etant très jeune, la malade, déjà extrêmement nerveuse, prenait de véritables crises pour les motifs les plus futiles.

Elle fut réglée à seize ans, mais la menstruation a toujours été très irrégulière ; de graves secousses morales ont achevé de développer les tendances névropathiques.

En 1878, on s'aperçut, par hasard, que la jambe et la cuisse de M^{lle} X... étaient fortement œdématiées. On pensa à une lésion phlébitique, le gonflement s'accrut, mais deux séjours à Dieppe le firent en partie disparaître.

En 1882, apparurent des douleurs très intenses, étendues à presque toute la région dorsale du rachis. Elles furent accompagnées de phénomènes pulmonaires aigus, soi-disant congestifs, sur lesquels nous n'avons que de vagues renseignements.

L'année suivante, les douleurs augmentent, la jambe droite se tuméfie de nouveau, la voix s'altère, l'état général devient mauvais. On diagnostique un mal de Pott, et peu après on commence d'innombrables cautérisations ponctuées dans la région douloureuse.

En 1884, le membre inférieur gauche et une partie du bassin furent soudainement envahis par une rougeur qui laissa, en disparaissant, un œdème considérable. En décembre, douleurs vives dans la partie gauche du thorax, œdème au niveau de la région vertébrale douloureuse et de l'épaule droite qui devint elle-même extrêmement sensible.

Les pointes de feu sont toujours impuissantes. De loin en loin, la malade, toujours très mal réglée, a eu des évanouissements ressemblant fort à des crises d'hystérie. Un séjour de six mois au lit n'amena pas d'amélioration.

Depuis 1885, l'œdème de la jambe droite a presque disparu. Celui du membre inférieur gauche va en croissant. La jambe 0^m51 de circonférence, la cuisse à la portion inférieure, 0^m60.

Si on examine le dos de la malade, outre les cicatrices des quatre ou cinq mille pointes de feu qu'elle a subies, on constate l'absence totale de déformation rachidienne. La colonne est très sensible à la pression, surtout dans toute

l'étendue de la région dorsale et des quatre dernières cervicales. L'épaule droite est un peu sensible. La douleur est spontanée ou passagère par la pression. Elle paraît se rapporter à une véritable hyperesthésie dermique plutôt que cutanée; la forte pression ne la diminue pas.

Le membre inférieur gauche est envahi par un œdème dur, indolent, ressemblant à un éléphantiasis sans lésion épidermique.

L'état général paraît bon actuellement, en dépit d'une anorexie complète. Il ne paraît pas exister de lésions viscérales.

La malade, qui paraît ordinairement très excitable, est découragée et n'a pas été améliorée par l'anesthésie. Il n'y a pas de boule, ni d'aura. Pas de vomissements; corps thyroïde et appareil oculaire intacts.

Depuis le début de sa maladie, le sujet présente un tremblement très notable des doigts, tremblement rapide, presque rythmé, à petit rayon, analogue au tremblement de la maladie de Graves, mais plus prononcé.

OBSERVATION IV (Résumée).

(Beaujolin, Th. de Paris, 1873).

Alice Carpera, 21 ans, demoiselle de magasin, entre le 11 mars 1873, à la Charité, service du professeur G. Sée, salle Sainte-Anne, n° 1.

Cette malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 15 ans, époque à laquelle la menstruation s'est établie. Depuis cette époque, elle a commencé, dit elle, à souffrir de crampes d'estomac qui revenaient très souvent; elle a remarqué aussi qu'elle était devenue très impressionnable, qu'à la moindre contrariété elle pleurait, et même souvent sans trop savoir pourquoi. Mais elle n'a jamais eu de crises nerveuses; jamais

elle n'a ressenti la sensation de la boule hystérique. Sa mère, qui vit encore et jouit aujourd'hui d'une bonne santé, a eu, dans sa jeunesse, des crises d'hystérie.

Au mois de mai 1872, cette malade quitte Beauvais pour venir à Paris, où elle entre dans une maison de lingerie, comme demoiselle de magasin. Sa santé était bonne, lorsque le 8 juillet, elle est prise subitement, au milieu d'une conversation, d'une extinction de voix ; elle éprouve en même temps des bourdonnements d'oreilles et une constriction assez vive à la gorge. Elle approchait de l'époque menstruelle, les règles ne vinrent pas.

Cette aphonie dura cinq mois. Il ne se produisit pas d'autres phénomènes morbides. Les règles reparurent le 10 août, et depuis, revinrent à des époques irrégulières. La malade était retournée dans son pays, à Beauvais, où elle suivit plusieurs traitements (bromure et iodure de potassium), sans éprouver le moindre soulagement, quand, tout à coup, le 8 décembre, elle recouvra la parole. Elle revient à Paris en janvier 1873 et se place de nouveau comme demoiselle de magasin. A ce moment, elle souffre fréquemment de crampes d'estomac, de crampes dans les jambes ; l'épigastre est devenu douloureux ; elle ne peut supporter la pression du corset ; de plus, elle éprouve de temps en temps des douleurs dans le dos, mais douleurs qui chaque fois disparaissent promptement.

10 mars. — Dans la matinée, en pliant des étoffes dans son magasin, elle a eu un étourdissement subit, avec tintements dans les oreilles ; douleurs très vives dans la tête, resserrement violent à la gorge ; elle n'a pas complètement perdu connaissance, mais elle serait tombée si ses compagnes ne ne l'avaient pas soutenue. Elle se coucha ; elle avait, dit-elle, le corps glacé, des frissons, des crampes douloureuses dans les jambes et des nausées, puis subitement elle éprouva une douleur très vive dans le dos, douleur qui augmentait par la pression et par le mouvement ; il survint des vomissements

bilieux. M. Cornil appelé auprès d'elle, ordonna une boisson glacée et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

Le lendemain, nous trouvons la malade couchée au n° 4 de la salle Sainte-Anne.

Il existe une céphalalgie violente, siégeant surtout à la partie frontale et à la région sous-occipitale ; mais la malade se plaint surtout d'une douleur très vive dans le dos. On trouve en effet une rachialgie très intense, occupant les deux dernières vertèbres cervicales, et les deux dernières dorsales. En exerçant une pression très légère sur les apophyses épineuses, on provoque une douleur qui devient excessive et arrache des cris à la malade, si on augmente la pression. Outre cette douleur provoquée, il existe une douleur spontanée que la malade compare à une sensation de brûlure ; de plus, il arrive par accès des douleurs profondes, térébrantes, lancinantes. Ces douleurs s'irradient dans l'épaule et dans le bras gauche ; il y a hyperesthésie de ces régions. Il existe des nausées ; pas de vomissements ; pas de fièvre ; 70 pulsations. On prescrit deux cuillerées de sirop d'éther.

Le 12, la malade n'a pas dormi ; elle se plaint de fourmillements dans la main gauche. 4 grammes de bromure de potassium.

Le 13, même état, vésicatoire sur la nuque.

Le 14, injection de morphine.

Le 15, la rachialgie s'est étendue aux six premières vertèbres dorsales. L'hyperesthésie de l'épaule et du bras gauches s'est étendue à l'avant-bras et a augmenté d'intensité. Deux injections de morphine.

Le 16, les injections épidermiques n'ont produit aucun soulagement ; crampes dans les jambes ; l'hyperesthésie du membre supérieur gauche a un peu diminué, mais les mouvements de l'articulation du coude sont devenus douloureux, et les fourmillements dans la main plus intenses. Potion au chloral (3 gr.).

Le 24, la malade urine difficilement, en éprouvant de vives

douleurs dans le trajet du canal. La rachialgie s'étend jusqu'aux vertèbres lombaires. La douleur spontanée a diminué d'intensité. Bains de vapeur.

Le 27, la malade ne peut plus uriner ; on est obligé de la sonder.

Le 1^{er} avril, la malade s'est promenée dans la cour de l'hôpital. Elle peut marcher et demande à quitter l'hôpital.

Le 2, examinée à la sortie, la malade présente les phénomènes suivants : la céphalée a disparu, ainsi que les nausées ; l'épigastre est toujours douloureux à la pression. La rachialgie a beaucoup diminué d'intensité, mais existe toujours. La pression déterminée de la douleur sur toute la longueur du rachis, mais avec un maximum d'intensité très marqué au niveau de la dernière cervicale et des sept premières vertèbres dorsales. La douleur spontanée n'est plus continue, elle revient quelquefois sous la forme lancinante, mais elle est peu vive. Aux membres supérieurs, la sensibilité est exagérée ; les mouvements peuvent s'exécuter. Il existe toujours des fourmillements dans les mains. Au membre inférieur gauche, il existe encore un point douloureux au tiers moyen et interne de la cuisse, et au niveau de l'articulation du genou. La malade accuse encore des fourmillements légers aux deux pieds, et on constate l'existence d'une hyperesthésie légère à la partie postérieure de l'épaule droite.

OBSERVATION V (Résumée).

(Beaujolin, Th. de Paris, mai 1873).

Il s'agit d'une couturière, Orélie Gelpin, 40 ans, entrée à la Charité, service de M. Sée, le 31 décembre 1872.

Réglée à 13 ans, non mariée ; pas d'enfants. Pas de maladies dans l'enfance ; pas de traces de scrofule. Pneumonie à 17 ans, qui a très bien guéri.

A 30 ans, coup de poing sur le nez à la suite duquel (un an après) élimination d'un fragment osseux par l'orifice externe des fosses nasales.

On recherche des traces de syphilis, mais infructueusement.

Jusqu'en 1867, époque où débute la maladie actuelle, rien à signaler. Début brusque avec douleurs violentes dans la tête et vomissements bilieux. Ces douleurs de tête débutent par accès toutes les trois semaines, tous les quinze jours et enfin deviennent quotidiennes. Le sommeil disparut; les vomissements devinrent plus fréquents (cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures pendant un mois). Le médecin qui la soignait porta le diagnostic de gastralgie.

Voyant que son état ne s'améliore pas, la malade quitte Paris et va à la campagne. Sans suivre aucun traitement elle y guérit rapidement. Cet état morbide avait duré 18 mois.

Elle se portait bien lorsqu'il y a trois mois elle fut prise de nouveaux maux de tête, sans vomissements cette fois. Expulsion d'un second fragment osseux en se mouchant; ce fragment est plus volumineux que le premier. La céphalée est plus intense la nuit, et le sommeil est impossible.

Puis elle éprouva une douleur au niveau de la nuque, à la région cervicale postérieure avec irradiations dans l'épaule gauche, et exaspération à la pression. Elle prend des bains sulfureux, la céphalée est moindre, mais en se peignant elle s'aperçoit que la moitié gauche de sa tête est insensible.

Enfin, au bout de quinze jours, anesthésie de l'épaule. Elle rentre alors à l'hôpital.

La céphalée est moins vive, le sommeil a disparu, l'appétit est conservé. Rien à l'auscultation des poumons. Bruit de souffle anémique au cœur.

Elle se plaint d'une douleur très vive au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Etat de la sensibilité. — La zone d'anesthésie s'étend sur la région latérale gauche du cou, sur la région antérieure de

l'épaule et à la partie interne et antérieure du bras, toujours du côté gauche. La paralysie est complète : le pincement, la piqûre avec une épingle ne provoquent aucune douleur. La sensation du chaud et du froid est abolie.

En arrière : douleur très intense au niveau des apophyses épineuses de la septième cervicale et des deux premières dorsales ; douleur exagérée par la pression, et par le mouvement, mais à un degré moindre. Hyperesthésie au niveau de l'omoplate gauche, au bras et à l'avant-bras ; fourmillements continuels dans la main. Membres inférieurs, et membre supérieur droit intacts, rien non plus du côté des muqueuses.

Ventouses scarifiées. Julep opiacé. Pas d'amélioration. On donne un gramme d'iodure.

Pour la troisième fois, expulsion d'un fragment osseux par le nez.

Electrisation par le courant induit, trois fois par semaine. Amélioration ; hyperesthésie a disparu, ainsi que les douleurs et l'anesthésie. La malade quitte l'hôpital le 4 mars.

Le 27 mars, réapparition des douleurs rachidiennes siégeant cette fois au niveau des onzième et douzième dorsales, arthralgie scapulo-humérale, sein droit douloureux. Zone d'anesthésie au fond et à la piqûre au niveau de l'épigastre. Urines claires et abondantes.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Empruntée à la leçon de M. Charcot du mardi 9 février 1889).

Femme de 47 ans. Autrefois paraplégie par mal de Pott ; la guérison date de 20 ans. A l'époque de la ménopause, apparition d'accidents hystériques, simulant un retour du mal vertébral et de la paraplégie.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels nuls ou à peu près jusqu'à l'âge de 23 ans. Quelques migraines.

Fièvre typhoïde assez grave à cet âge.

Deux ans après, début du mal de Pott et paraplégie. On l'envoie à la Salpêtrière comme incurable.

En 1870 cependant la malade est sur pied. Elle est complètement guérie, ou du moins paraît complètement guérie de sa paraplégie, puisqu'elle peut remplir les fonctions de domestique à la Salpêtrière ; elle fait sans fatigue de longues courses, et ne trouve pas son nouveau métier trop pénible.

Tout a bien été pendant une période de 19 ans (1870-1889.)

Il y a quelque temps, apparaissent des douleurs vives dans le dos, autour de la base de la poitrine ; les jambes sont faibles et la marche pénible. M. Charcot craint un instant, avec la malade, une récurrence du mal de Pott, et consécutivement, un retour de la compression spinale.

Les douleurs ont leur siège dans le dos, au niveau de la gibbosité et de chaque côté de la poitrine sous forme de ceinture ; ces douleurs augmentent par la flexion de la tête et du tronc en avant : les jambes sont devenues raides, la marche est réellement difficile ; dans les membres supérieurs qu'elle meut cependant assez librement, elle éprouve, au moindre mouvement, une grande fatigue, un sentiment de fatigue, un sentiment de faiblesse, d'impuissance motrice, surtout dans les mouvements d'élévation des bras, et, dans ces mouvements, les douleurs du dos et de la poitrine augmentent. Pas de troubles vésicaux. Pas de fièvre.

La malade exagère inconsciemment la faiblesse des membres inférieurs ; ceux-ci sont réellement un peu raides, mais la résistance des divers segments du membre aux mouvements qu'on veut lui imprimer, alors que la malade s'y oppose, n'est pas moindre qu'elle ne l'était avant le 9 décembre ; de même pour les réflexes rotuliens et le phénomène du pied. Par contre, en explorant la sensibilité, on constate avec étonnement l'existence d'une anesthésie cutanée complète,

absolue, totale, des membres inférieurs de l'extrémité à la racine où elle se limite, en avant, par une ligne suivant exactement le pli de l'aîne, et en arrière, par le pli fessier inférieur.

Par conséquent, un tel examen devait dissiper les craintes que l'on pouvait avoir au sujet d'une récurrence du mal de Pott.

Vu : Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Vice-Recteur : *l'Inspecteur de l'Académie,*

PERREN.

